

Absender:

Posteingang:

Landeshauptstadt Schwerin
Fachdienst Soziales
Behindertenhilfe, stationäre Pflege,
sonstige Leistungen
Am Packhof 2-6
19053 Schwerin

Ansprechpartner:
Frau Drews 0385 545-2207 (A – J)
Frau Niendorf 0385 545-2145 (K – Ri)
Frau Goosmann 0385 545-2176 (Rj – Z)

Antrag auf Gewährung des Blindengeldes

nach dem Landesblindengesetz M-V (LBIGG M-V)

1. Blindengeld wird beantragt für (Berechtigte/r):

Name, Vorname(n)	Geburtsdatum
wohnhaft (Straße, Hausnummer)	
Postleitzahl, Ort	Telefonnummer

2. Leben Sie in einer Anstalt, einem Heim oder einer gleichartigen Einrichtung?

(z.B. Alten- oder Pflegeheim)

nein ja, dauernd ja, nur tagsüber

Name und Anschrift der Einrichtung

Die monatlichen Kosten hierfür in Höhe von € werden wie folgt aufgebracht:

von öffentlichen Kostenträgern (z.B. Pflegekasse, Sozialhilfeträger)

in Höhe von €

Name, Anschrift der Kostenträger

von Ihnen

in Höhe von €

von unterhaltspflichtigen Dritten

in Höhe von €

3. Erhalten Sie zum Ausgleich der durch Blindheit bedingten Mehraufwendungen Leistungen nach anderen öffentlich-rechtlichen Vorschriften? (Bitte Bescheide in Kopie beifügen!)

Pflegezulage nach § 35 Abs. 1 BVG	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von	€
Pflegezulage nach § 269 Abs. 2 LAG	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von	€
Hilfe zur Pflege nach §§ 61 ff. SGB XII	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von	€
Blindenhilfe nach § 72 SGB XII	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von	€

4. Nähere Angehörige (Ehegatten, Eltern, Kinder, Betreuer)

- Vollmacht oder Betreuerausweis beifügen -

Name	Vorname	Verwandtschaftsverhältnis /Betreuer	Anschrift

5. Gezahlt werden soll an:

Sie als Berechtigten den gesetzlichen Vertreter den Betreuer

(Sollte das Blindengeld nicht auf Ihr Konto überwiesen werden, ist eine Einverständniserklärung beizufügen.)

Name, Vorname(n)	
wohnhaft (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)	
Kreditinstitut	BIC
IBAN	

6. Sind Sie im Besitz eines Feststellungsbescheides des Versorgungsamtes?

ja Wurden die Merkzeichen „Bl“ oder „HS“ zuerkannt? ja nein

nein Wurde eine Feststellung oder Neufeststellung beantragt? ja nein

Wenn ja, bei wem
und wann

7. Zum Nachweis der Erblindung wird beigefügt:

Feststellungsbescheid des
Versorgungsamtes:

8. Haben Sie bereits zuvor Landesblindengeld erhalten?

ja, von:

(Bitte Einstellungsbescheid beifügen!)

nein

9. Angaben zu Leistungen nach dem Pflege-Versicherungsgesetz

Anschrift der Pflegekasse/Krankenkasse

Haben Sie bei Ihrer Pflegekasse bereits einen Antrag auf Leistungen für häusliche Pflege gestellt?

ja

nein

Wenn ja, haben Sie einen Bescheid über die Gewährung von Leistungen nach welchem Pflegegrad (PG) erhalten? (Bitte Kopie des Bescheides beifügen!)

ja, PG 1

ja, PG 2

ja, PG 3

ja, PG 4

ja, PG 5

Beabsichtigen Sie bei Ihrer Pflegekasse einen Antrag auf Leistungen für häusliche Pflege zu stellen?

ja

nein

Erhielten Sie vor dem 01.04.1995 aufgrund einer Schwerpflegebedürftigkeit von Ihrer Krankenkasse eine Geldleistung in Höhe von 400,00 DM?

ja

nein

Vorstehende Angaben habe ich nach bestem Wissen und Gewissen gemacht. Mir ist bekannt, dass ich wegen wissentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann und zu Unrecht erlangte Beträge zurückzahlen muss. Ich bestätige ausdrücklich, dass ich davon unterrichtet bin, dass ich jede Änderung der Tatsachen, die für die Gewährung des Landesblindengeldes maßgebend sind (insbesondere Wechsel des Aufenthaltsortes, Empfang oder Änderung in der Höhe von Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften oder Aufnahme in ein Heim bzw. eine Anstalt) unverzüglich der Landeshauptstadt Schwerin anzuzeigen habe.

Ich bin damit einverstanden, dass der Fachdienst Soziales der Landeshauptstadt Schwerin bei meiner Pflegekasse das Ergebnis der Begutachtung im Rahmen der Feststellung der Pflegebedürftigkeit anfordern kann.

Ort, Datum

Unterschrift

Umseitig aufgeführte Anlagen sind dem Antrag in Kopie beizufügen.



Anlagen zum Antrag auf Gewährung des Landesblindengeldes in Kopie:

- Feststellungsbescheid des Versorgungsamtes
- Schwerbehindertenausweis mit Merkzeichen „Bl“ oder „HS“
- Leistungsbescheid der Pflegekasse *(falls zutreffend)*
- Betreuerausweis oder Vollmacht *(falls zutreffend)*
- Heimvertrag *(falls zutreffend)*
- Pass / Aufenthaltstitel *(falls zutreffend)*